FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 42.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE TYPHO-PALUSTRE

DANS LA

RÉGION VENDÉENNE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 janvier 1895

PAR

Georges-Louis-Ernest SAVIN

Né à Sallertaine (Vendée), le 29 juillet 1862

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur,		*Président*
	LAYET	professeur,		
	DUBREUILH	agrégé		*Juges*
	CASSAET	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 42.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE TYPHO-PALUSTRE

DANS LA

RÉGION VENDÉENNE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 janvier 1895

PAR

Georges-Louis-Ernest SAVIN

Né à Sallertaine (Vendée), le 29 juillet 1862

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur,	*Président*
	LAYET	professeur,	*Juges*
	DUBREUILH	agrégé	
	CASSAET	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1894

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	MOUSSOUS. DUBREUILH.
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	POUSSON.
Pathologie externe	DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	N.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Cliniq. des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Zoologie	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE LOUIS SAVIN

MÉDECIN A SAINT-JEAN-DE-MUITS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES SŒURS

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A mon président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

INTRODUCTION

Ayant rencontré, dans la région où nous exerçons la médecine, quelques cas de fièvre typho-palustre, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous ne nous dissimulons pas les nombreuses lacunes que présente à chaque pas cette étude, mais nous espérons que nos juges prendront en considération les circonstances dans lesquelles ces notes ont été rédigées.

Nous avons divisé ce travail de la façon suivante :

Nous avons formé deux chapitres, divisés le premier en sept paragraphes et le second en deux paragraphes.

Le chapitre premier traite :

Dans le premier paragraphe, de la définition de la fièvre typho-palustre ;

Dans le deuxième, de l'historique;

Le troisième, comprend l'étiologie;

Le quatrième, contient la symptomatologie;

Dans le cinquième, nous abordons le diagnostic;

Dans le sixième, nous faisons le pronostic ;

Dans le septième, nous terminons par le traitement.

Dans le second chapitre, nous donnons, au premier paragraphe, un état général des lieux où ces faits ont été observés.

Dans le deuxième, nous faisons l'exposition des observations.

Enfin viennent les conclusions.

Qu'il nous soit permis, en terminant ces préliminaires, d'adresser à Monsieur le professeur Arnozan l'expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus reconnaissants, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de ce modeste travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE TYPHO-PALUSTRE

DANS LA

RÉGION VENDÉENNE

CHAPITRE PREMIER

§ I. — DÉFINITION

La fièvre typho-palustre est une maladie qui résulte de l'association chez le même individu de l'intoxication paludéenne et de l'infection typhique, s'effectuant simultanément et s'influençant réciproquement d'une manière sensible. Ce n'est pas une maladie spéciale, une entité morbide particulière, mais bien un processus mixte, présentant l'aspect d'une fièvre proportionnée, dans laquelle chacun des deux

éléments étiologiques conserve son activité propre ; les deux affections s'aggravent et se modifient réciproquement, et la prépondérance de l'une ou de l'autre dépend de l'intensité relative des deux poisons.

La pathologie paludéenne présente d'autres exemples d'association morbide : la pneumonie intermittente, la diarrhée palustre, les fièvres larvées sont des affections qui doivent être attribuées à l'introduction dans l'organisme humain d'agents pathogènes de nature différente.

La fièvre paludéenne ne jouit pas seule du privilège de s'enter sur une autre maladie. Nous voyons souvent la diphtérie compliquer la rougeole et la scarlatine. La syphilis est souvent accompagnée de la tuberculose pulmonaire et de l'alcoolisme. On a vu des épidémies de choléra et de suette miliaire exercer en même temps leurs ravages. Dans la *Semaine médicale* de 1893, il est relaté que dans la dernière épidémie de choléra qui a sévi à Paris, on a observé plusieurs cas de fièvre typhoïde ayant succédé à une attaque de choléra. Dans le numéro de la *Semaine médicale* du 27 octobre 1894, nous trouvons à la revue des journaux étrangers une observation de M. L. Wolberg sur un cas de scarlatine évoluant en même temps qu'une variole chez une fillette de six ans et demi, qui avait été vaccinée.

Il serait trop long et en dehors de notre sujet de rappeler tous les cas où des maladies différentes peuvent se trouver réunies. Mais il n'est pas rare de rencontrer dans la pratique de ces états complexes qui déroutent les jeunes praticiens habitués à la recherche des types classiques de chaque maladie.

Mais de toutes ces alliances morbides, la plus commune et la plus importante pour nous est sans contredit celle que la malaria contracte avec la fièvre typhoïde, et cette considération justifie l'étude que nous avons entreprise.

§ II. — HISTORIQUE

C'est aux médecins de l'armée et de la marine que revient l'honneur et le mérite d'avoir les premiers fait cesser la confusion séculaire entre la fièvre typhoïde et la malaria, et attiré l'attention sur cette pyrexie hybride qui avait très souvent exercé la sagacité des meilleurs observateurs.

Déjà en 1851, un médecin militaire de haute valeur, Jacquot, démontrait dans un travail publié dans le recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires, l'existence de maladies complexes, formées par la combinaison ou la justa-position des élêments; dothiénenterie et fièvre palustre. En outre il faisait observer que les médecins des maremmes toscanes les avaient fréquemment observées.

Jacquot avait du reste eu des prédécesseurs ; en 1836 M. Maillot avait déjà signalé dans son traité de fièvres intermittentes, l'existence de lésions typhiques chez des sujets, qui avaient succombé à une fièvre réputée d'origine paludique.

En 1853, M. le professeur Colin dans un travail publié dans le recueil de médecine militaire, reprenait la question, rappelait succinctement les travaux antérieurs à son mémoire, et lui donnait tout le développement que comportait son importance.

En Amérique pendant la guerre de sécession, les médecins Drake, Dikson et Wood observent que les fièvres typho-paludéennes sont les pyréxies dominantes parmi les troupes opérant dans la vallée du Mississipi et sur les bords du Chickahominy. Woodward dans le congrès médical international

ouvert à Philadelphie, le 11 septembre 1876, à l'occasion du centenaire de l'indépendance américaine soutenait et faisait admettre par la deuxième section l'existence de la fièvre typho-palustre.

On a observé quelques cas de ces fièvres mixtes dans l'armée russe dans sa dernière lutte avec les turcs; puis au milieu des régiments anglais qui viennent prendre possession de l'île de Chypre.

En 1889 MM. les professeurs Kelsch et Kiener publient un ouvrage sur les maladies des pays chauds, dans un chapitre duquel ils traitent la question des fièvres typho-malariennes et démontrent à la suite de cinq autopsies, où ils ont trouvés les lésions de la fièvre typhoïde et du paludisme, l'existence indiscutable de ces fièvres complexes, qui dans les pays chauds prennent un caractère de gravité spécial.

En France les observations de pareils faits sont assez restreintes; nous trouvons dans les épidémies de fièvre typhoïde de Nancy en 1878, et de Perpignan, quelques cas de fièvres composées, dont la nature du reste n'a pas été bien établie.

§ III. — ÉTIOLOGIE

Avant de commencer l'étiologie de la fièvre typho-palustre, il est indispensable pour la clarté de notre étude, de rappeler les découvertes qui ont été faites dans ces dernières années, et les théories généralement admises aujourd'hui sur les causes du paludisme et de l'infection typhique.

Un médecin français, M. le professeur Laveran, découvrait en 1880, le parasite de la malaria. Les nombreux travaux effectués depuis sur ce sujet ont prouvé qu'il ne se trompait

pas, et il est admis généralement que ce parasite, qui est un hématozoaire, et qne l'on appelle hématozoaire de Laveran, est la cause des fièvres paludéennes.

Ce parasite est polymorphe, mais unique. Ses différentes formes peuvent être ramenées aux quatre types suivants : les corps sphériques, les flagella, les corps en croissant et les corps en rosaces.

L'hématozoaire vit dans l'organisme humain au dépens des éléments normaux du sang. La rate paraît être son habitation de prédilection. Il contient et fabrique un pigment caractéristique des lésions de l'infection palustre, que l'on appelle pigment mélanique, et que l'on retrouve dans la plupart des viscères.

Cet agent infectieux, introduit dans l'organisme, peut y rester pendant de longues années, donnant lieu de temps en temps, ou d'une manière persistante, à des troubles morbides.

On explique par la présence de ces parasites dans le sang, non seulement les accès de fièvre, mais aussi les altérations organiques qui caractérisent l'impaludisme. La destruction des hématies rend compte de l'anémie et de la mélanémie. L'accumulation des sporozoaires dans les capillaires de l'encéphale permet de comprendre les accidents cérébraux. Des tromboses parasitaires des muqueuses intestinales et gastriques expliquent les accés cholériformes. Les congestions énormes de la rate sont provoquées par les invasions parasitaires. La fièvre enfin est liée, selon toute vraisemblance, à la réaction des centres d'innervation vaso-motrice sous l'influence des sporozoaires.

Les milieux les plus favorables au développemenl de l'agent pathogène de la malaria sont, sans contredit, les pays marécageux, les marais salants mal entretenus, le

mélange des eaux douces et des eaux salées, les grands mouvements de terre que nécessitent les canalisations et les défrichements.

Dans le courant de l'année même où Laveran découvrait l'hématozoaire de l'impaludisme, Eberth découvrait le bacille de la fièvre typhoïde.

Ce bacille est en forme de bâtonnets arrondis à leurs extrémités, longs de 2 à 3 μ sur 0,7 à 0,9 μ de large. Ils sont très mobiles, à contenu homogène et hyalin, et présentent quelquefois dans leur partie centrale renflée, un espace clair qui a été pris à tort pour une spore ; cette vacuole résulte d'une rétraction du protoplasma, qui se porte aux extrémités dans les éléments en voie de dégénération.

Le bacille peut se diviser, et il se produit une multiplication par scissiparité. Il est facultativement anaérobie.

Sa présence est constante chez les typhiques à la période d'état de la maladie. Il existe dans les plaques de Peyer, les ganglions mésentériques, la rate, le foie, les reins, les poumons, les méninges ; mais on ne l'a pas trouvé dans le sang, et on ne l'a rencontré qu'exceptionnellement dans le liquide des taches rosées et des éruptions miliaires. Il se trouve dans les matières fécales des typhiques et souvent dans leurs urines, quand celles-ci contiennent de l'albumine rétractile.

L'eau offre au bacille d'Eberth un milieu de culture excellent, et d'après M. le professeur Brouardel, c'est par l'eau de boisson qu'il pénètre le plus souvent dans l'économie, surtout quand ce liquide a été souillé par les matières fécales ; les microbes typhiques peuvent être transportés aussi par l'air chargé de poussières ou d'émanations provenant des fosses d'aisance, d'égouts, de fumiers, de planchers, de vêtements infectés. Ce mode de propagation aurait lieu pour un dixième des cas.

Il est à supposer que la fièvre typho-palustre, qui n'est que la résultante des intoxications typhique et paludique, doit avoir pour cause l'introduction dans l'organisme du bacille d'Eberth et de l'hématozoaire de Laveran. Les recherches bactériologiques qui ont été faites à ce sujet n'ont pas permis d'élucider cette question.

On la rencontrera donc dans toutes les contrées, qui sont un milieu favorable au développement du parasite palustre et du microbe typhique. Les vastes contrées marécageuses, les lieux chauds et humides, où il y a beaucoup de matières en décomposition, qui sont habités par une population, livrée à de durs travaux de défrichement, ayant une hygiène défectueuse, une alimentation insuffisante, et prenant ordinairement pour boisson l'eau des marais, voient éclore ces maladies complexes qui deviennent plus graves à mesure que l'on descend du pôle vers les tropiques.

§ IV. — SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes, que présente la fièvre typho-palustre, appartiennent à la fois à la fièvre palustre et à la dothienenterie.

Au début, la fièvre est franchement intermittente, quotidienne, tierce ou double tierce. Dans les intervalles apyrétiques, le malade reste pâle, sans forces, et malgré l'administration du sulfate de quinine, on voit les accès revenir, et prendre peu à peu la forme continue.

Au bout de quelques jours surviennent des symptômes plus inquiétants : de la céphalalgie, de la diarrhée, de la

toux, une anorexie complète, et souvent des épistaxis plus ou moins abondantes.

La fièvre présente dès ce moment le type continu, mais on observe de temps à autre des exacerbations subites de température survenant tantôt dans la matinée, tantôt dans la soirée et qui dénotent l'action persistante du poison palustre.

A la période d'état surviennent la diarrhée, les épistaxis, les taches rosées lenticulaires, le ballonnement du ventre, une douleur plus ou moins vive dans la fosse iliaque droite et souvent dans l'hypocondre gauche, de la somnolence, du délire et souvent de la carphologie. A côté de ces symptômes typhoïdes, on remarque la teinte terreuse du visage, le gonflement de la rate et du foie.

Durant cette période d'état, comme auparavant, le malade éprouve parfois de violents frissons avec élévation de température. A ce moment, on observe une aggravation de tous les symptômes morbides, des phénomènes de collapsus, des sueurs profuses qui affaiblissent considérablement le malade.

L'on voit toujours à la suite de ces accès, la température diminuer rapidement et tomber au dessous du degré qu'elle marquait auparavant.

Des accès pernicieux, caractérisés par du coma, des convulsions et un délire violent, peuvent survenir à ce moment et emporter rapidement le malade.

Ou bien l'on observe des oscillations descendantes de la température, la diarrhée diminue peu à peu, la céphalalgie et les douleurs viscérales disparaissent. Le malade très anémié présente un facies plus calme.

Au bout de quelques jours, l'apyrexie est complète et la convalescence commence.

Mais presque toujours l'on voit survenir, aussitôt que l'on

a cessé l'administration des fébrifuges, des accès intermittents qui souvent disparaissent au bout de quelques semaines par suite d'une médication appropriée, mais peuvent aussi revenir pendant plusieurs mois et retarder pendant longtemps la guérison.

§ V. — DIAGNOSTIC

La fièvre typho-palustre peut être confondue avec une fièvre paludéenne sub-continue, avec une fièvre typhoïde ordinaire, et surtout avec la rémittente palustre à forme typhique.

Pour la distinguer de la fièvre paludéenne sub-continue, il suffira d'observer la courbe thermique, surtout à la période d'état, et les symptômes principaux de la fièvre typhoïde, les taches rosées, la diarrhée, la douleur dans la fosse iliaque droite, enfin la durée de la maladie, toujours plus longue dans la typho-palustre que dans la palustre continue, devant faire admettre une fièvre complexe.

Le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde simple s'impose par les températures du début, et souvent de la convalescence, mais surtout par celles de la période d'état. On voit bien rarement dans une fièvre typhoïde ordinaire la température du matin dépasser d'un degré celle du soir.

Il existe une réelle difficulté à différencier exactement l'une de l'autre, la rémittente palustre à forme typhoïde et la typho-palustre. Elles ont certainement une grande analogie, et certains auteurs tendraient aujourd'hui à les confondre ensemble. Le principal élément de diagnostic serait ici le traitement. Il est incontestable que le sulfate de quinine à

hautes doses produit toujours dans, les affections paludéennes, un effet très sensible et qu'il modifie rapidement et profondément toutes leurs formes. Quand une fièvre supposée d'origine paludique aura résisté à une dose élevée de sulfate de quinine, administrée plusieurs jours de suite, il faudra admettre l'intervention d'un autre élément morbide.

En outre, la soudaineté avec laquelle se montrent les symptômes typhoïdes, et la rapidité avec laquelle ils acquièrent leur summum d'intensité, seront avec la prompte efficacité du sulfate de quinine des témoignages en faveur d'une affection palustre pure.

La provenance du sujet d'une localité marécageuse où les fièvres palustre et typhoïde sont communes, le développement progressif et en quelque sorte régulier des symptômes typhoïdes, la persistance de ceux-ci après la suppression des paroxysmes au moyen de la quinine impliqueront en général une maladie complexe.

§ VI. — PRONOSTIC

Dans les cas où l'issue de la fièvre typho-palustre doit être heureuse, l'on voit l'élément typhoïde se dissimuler presque complètement sous les traits d'accès intermittents, produisant un état adynamique prononcé et une faiblesse considérable qui ne sont pas en rapport avec les phénomènes fébriles observés. L'intermittence reste apparente pendant toute la durée de la maladie et le médecin assiste au spectacle curieux d'une fièvre qui offre des ascensions thermiques régulières quotidiennes ou tierces, et qui ne cède pas à l'action des fébrifuges.

Dans les cas où la fièvre continue paraît terminée, où les accès intermittents sont masqués par les hautes températures qui résultent de l'invasion rapide du bacille d'Eberth, le tableau est moins net. On assiste parfois à l'éclosion de phénomènes graves, tels que collapsus, coma, qui emportent rapidement le malade. Ce sont ces cas où l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses peut produire un effet salutaire, et par son administration rapide on évite souvent une terminaison fatale.

La fièvre typhoïde qui survient chez des paludéens peut offrir une forme plus grave et a toujours une convalescence plus longue que dans les cas ordinaires, où le terrain semble en effet moins préparé.

Le paludéen qui subit simultanément les attaques du parasite et du microbe semble contracter de ce fait une intoxication paludique plus profonde et plus durable, et il ne se débarrasse de ses accès de fièvres intermittentes qu'au bout de plusieurs mois.

Le pronostic sera plus favorable si le sulfate de quinine a été administré au début de la maladie et à doses suffisantes. Les exacerbations à température seront moins fréquentes, et la durée de la maladie sera abrégée.

§ VII. — TRAITEMENT

Le traitement de la fièvre typho-palustre aura pour base le sulfate de quinine, qui devra être administré dès le début de la maladie de la façon suivante :

Le malade prendra chaque jour 1 gramme de sulfate de quinine en plusieurs doses; il continuera pendant trois ou

quatre jours à prendre les mêmes doses pour en cesser l'emploi pendant un laps de temps à peu près égal. Il recommencera les jours suivants jusqu'à la disparition des paroxysmes fébriles. Chaque fois que l'on observera des exacerbations thermiques rapides et élevées, il en reprendra l'nsage.

Dans les cas ordinaires, on administrera le sulfate de quinine par la bouche, soit en poudre, soit en solution. Mais devant les accidents graves, il faudra avoir recours aux injections hypodermiques de chlorhydrate de quinine, dont l'absorption est beaucoup plus rapide, et l'effet beaucoup plus sûr.

Les purgatifs seront administrés pendant la première période et même dans la seconde ; mais il sera prudent d'en éviter l'emploi à la période terminale dans la crainte de perforations intestinales. On choisira de préférence les purgatifs salins, tels que : l'eau de sedlitz, les sulfates de magnésie et de soude à la dose de 30 grammes par jour. Le calomel à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 par jour pourra être donnée à plusieurs reprises.

La diarrhée sera combattue par la décoction de sydenham à la dose de 150 grammes, ou par le salicylate de bismuth à la dose journalière de 2 à 6 grammes. On obtiendra l'antisepsie intestinale au moyen du naphtol β du benzo-naphtol et du salol.

Si le cœur faiblit, on aura recours à la caféine. Le musc, l'éther, le chloral, le bromure de potassium seront employés dans les formes nerveuses délirantes.

A la forme adynamique, on opposera le quinquina sous toutes ses formes, l'acétate d'ammoniaque, les boissons alcoolisées, les vins généreux, les injections sous-cutanées d'éther et d'eau distillée contenant 7 grammes de chlorure de sodium par litre.

On recommandera de faire gargariser le malade très souvent avec de l'eau boriquée à 4 p. 100.

Quand malgré la médication suivie, on observera une exagération des symptômes morbides et une persistance des hautes températures, on pourra avoir recours au bain froid que l'on considère généralement aujourd'hui comme le traitement spécifique des accidents typhiques.

Le régime alimentaire comprendra les bouillons, le lait à hautes doses, les limonades, etc., mais le malade devra s'abstenir jusqu'à compléte guérison des aliments solides.

Pendant la convalescence, on aura recours au quinquina, dont l'usage devra être continué pendant très longtemps. Pour hâter la guérison des accidents paludiques on se trouvera bien de l'emploi de l'iodure de fer et de l'arsenic.

CHAPITRE II

Avant de commencer le chapitre des observations, nous croyons nécessaire d'indiquer la configuration et l'état du sol des contrées où ces faits ont été observés.

Les malades, qui font le sujet des quatre premières observations, habitaient la partie des marais vendéens qui avoisinent l'embouchure de la Vie. Ces marais sont composés de marais salants mal entretenus et presque abandonnés aujourd'hui, et de marais d'eau douce, qui sont mal cultivés et transformés chaque hiver en véritables lacs, se desséchant au prinptemps, et formant à ce moment un milieu très favorable au développement de la malaria.

Dans ces pays où le blé est la culture principale, la population passe sa vie au grand air et subit toutes les intempéries du temps. L'alimentation de ces populations est souvent défectueuse, et la vigne étant rare dans ce pays, la principale, pour ne pas dire, l'unique boisson se compose d'eau de source où même d'eau de marais.

Aussi compte-t-on les rares personnes qui, dans le courant de leur existence, n'ont pas été atteintes par la fièvre paludéenne.

La plupart des habitants présentent les caractères de l'impaludisme chronique atténué ; car on ne s'acclimate pas au

miasme palustre. Le paludéen, grâce à une sorte de tolérance relative acquise par l'habitude réagit moins énergiquement vis-à-vis de lui que les étrangers, mais il n'en subit pas moins son influence. Celle-ci se traduit par les récidives auxquelles il est voué pendant toute sa vie, par la diminution de la vigueur corporelle, par la réduction du terme moyen de la vie.

La fièvre typhoïde, dont l'origine palustre a été souvent reconnue, n'est pas rare dans cette région. Les mauvaises conditions d'existence de ces populations, dont les demeures sont très souvent d'une malpropreté incroyable, et surtout leur alimentation déplorable, les prédisposent à l'infection typhique.

Nous avons pu observer, dans le rayon restreint où nous exerçons la médecine depuis six ans, quatre-vingt-dix cas de fièvre typhoïde. Nous avons remarqué que cette maladie apparaissait surtout au printemps et à l'automne et semblait en rapport constant avec la fièvre paludéenne. Il ne doit donc pas paraître étonnant que nous ayons pu observer plusieurs fois la coexistence de ces deux affections chez le même sujet.

Les deux malades qui ont fourni à M. le professeur Bonamy le sujet de deux observations que nous publions habitaient les environs de Nantes, sur les bords de la Loire. Cette contrée est également très marécageuse et composée en grande partie de terrains d'alluvion qui, à chaque grande marée, sont recouverts par le reflux des eaux de la Loire. Malgré les travaux de canalisation qui ont été effectués, les conditions nécessaires au développement des affections paludéennes s'y trouvent réunies. La fièvre paludéenne sévit souvent sur ces populations et la fièvre typhoïde, en raison de la proximité de la ville de Nantes, y est très fréquente.

CHAPITRE III

Observation I

Communiquée par M. le docteur Faucheron, maire de la Garnache (Vendée).

Groizard (Jean), quarante-cinq ans, cultivateur, habitant milieu paludéen, bonne constitution, mais ayant tous les ans fièvres intermittentes à l'automne.

Accès de fièvre le 10 octobre 1894.

L'accès revient le lendemain à la même heure. Nausées, langue saburrale, humide, étalée comme d'ordinaire dans les fièvres intermittentes. Purgation saline le 13 au matin.

Le 14, 0,75 centigrammes de sulfate de quinine en trois fois dans la matinée. La fièvre reparaît dans la soirée.

1 gramme de sulfate de quinine en quatre paquets le lendemain ; apyrexie complète toute la journée.

La fièvre revient le 16 plus forte que l'avant-veille. Langue toujours saburrale et humide, mais rouge sur les bords.

Nouvelle purgation saline le 17 au matin, et le soir 0,80 centigrammes de sulfate de quinine. Autant le lendemain. Le malade vomit la dernière dose administrée au moment du frisson initial de l'accès.

Bouillon, lait, vin de quinquina.

19 octobre. — La fièvre ne tombe pas ; langue moins humide, plus rouge sur les bords, enduit saburral plus foncé.

A quatre heures du soir, température 38°2, pouls 100 pulsations.

20 octobre. — Fièvre beaucoup plus forte. Température à cinq heures du soir, 40°2. Le pouls bat 134 fois par minute. Vomissements. Langue de plus en plus sèche, constipation.

Bouillon, lait, vin de quinquina.

21 octobre.— Légère transpiration au matin, mais la fièvre ne tombe pas. Température 38°2 au soir ; 100 pulsations.

22 octobre. — Température 38°8 au soir, 104 pulsations.

Céphalalgie, épistaxis légère. Gargouillement dans la fosse iliaque droite et sensibilité à la pression en cet endroit. Langue sèche, rôtie et très rouge sur les bords.

23 octobre. — L'état de la langue est encore plus mauvais. Nouvelle épistaxis. 38°9 au soir, 104 pulsations. Constipation, ballonnement du ventre, sensibilité plus grande à la pression de la fosse iliaque droite.

24 octobre. — Purgation saline le matin. Au soir, température 39°8: 124 pulsations.

25 octobre. — Céphalalgie croissante, prostration, stupeur, un peu de diarrhée, peau sèche, quelques taches rosées lenticulaires; au soir, température 39°9; 128 pulsations.

Salicylate de soude, vin de quinquina, bouillon et lait.

26 octobre. — 39°2, 120 pulsations au matin, fuliginosités de la bouche.

28 octobre. — Etat stationnaire; au soir, température 39°9, 120 pulsations.

30 octobre. — Au matin, température 39°4, pouls 120.

1er novembre. — Au soir, température 40°, pouls 130, état stationnaire; même traitement.

3 novembre. — Au matin, température 39°4, pouls 120.

5 novembre. — Au soir, température 39°8, pouls 128.

7 novembre. — Au matin, température 39°2, pouls 120.

9 novembre. — Au soir, température 40, pouls 128.

11 novembre. — Au matin, température 39°, pouls 120.

La diarrhée continue toujours; râles sibilants, toux sèche, prostration considérable.

13 novembre. — Au soir, température 39°8, pouls 128.

Cessation du salicylate de soude. Vin de quinquina, bouillon et lait.

15 novembre. — Au matin, température 39°, pouls 120.

La toux persiste, râles sibilants dans toute la poitrine, nouveaux sinapismes.

17 novembre. — Au soir, température 39°5, pouls 124.

La diarrhée diminue. Vin de quinquina, vin rouge, bouillon et lait.

19 novembre. — Au matin, température 39°, pouls, 124. La toux ne revient que rarement et les râles ont sensiblement diminué.

21 novembre. — Au soir, température 38°6, pouls 104. Même traitement; lait épais avec un peu de fécule.

23 novembre. — Au soir, température 38°, pouls 104.

25 novembre. — Au soir, température 37°8, pouls 96.

Bouillie, chocolat, café, vin rouge, vin de quinquina.

27 novembre. — Frisson à onze heures du matin. Vomissements, fièvre intense. Dans la soirée, température 40°1, pouls 134. Peau humide, langue humide aussi et un peu large; les fuliginosités ont disparu.

28 novembre. — Température 37°6 au matin. Ingestion de 0,75 centigrammes de quinine en trois doses. Le soir, température 37°9.

29 novembre. — Nouveau frisson à huit heures du matin. Température 38°2 dans la soirée; sueurs abondantes pendant la nuit. Chute de la fièvre.

30 novembre. — Température 37°5. Un gramme de sulfate de quinine en quatre paquets dans la journée. Le soir, légère alimentation.

1er décembre. — Apyrexie complète.

2 décembre. — La fièvre n'a pas reparu. Le malade prend un peu de nourriture. Les forces reviennent peu à peu.

Toniques, vins.

Observation II (personnelle)

Le 23 décembre 1891, nous nous rendons auprès d'un malade demeurant sur les bords des marais d'eau douce, à dix kilomètres de notre domicile.

Ce malade, âgé de trente-huit ans, était un cultivateur robuste, et n'avait pas eu antérieurement de maladies graves.

Voici ce qu'il nous racontait :

Il était malade depuis six jours environ. Le 17 au matin, il avait été pris d'un frisson violent et prolongé et de courbature générale, qui l'avaient forcé à se recoucher vers deux heures de l'après-midi, des sueurs étaient survenues, et à la chute du jour, il s'était trouvé moins fatigué et avait pris un peu de nourriture. Le lendemain il n'avait pas eu de fièvre, mais il n'avait pu aller travailler, se sentant très courbaturé.

Le 19, il fut pris d'un nouvel accès de fièvre dans la matinée, qui dura plus longtemps que le premier et lui fit perdre complètement l'appétit.

Le 20, il prend de son propre mouvement un paquet de quinine contenant 0,30 centigrammes environ, il n'a pas de fièvre ce jour-là, croit-il, mais il ne peut sortir, ses jambes refusant de le porter.

Le 21, nouveau frisson dès le point du jour et la fièvre dure toute la nuit suivante.

Le 22, la fièvre paraît vouloir continuer, et le malade sentant ses forces l'abandonner se décide à faire venir un médecin.

A l'examen du malade nous trouvons comme température 38°9 et 100 pulsations. Il n'a pas eu de frisson ce même matin; à l'auscultation de la poitrine on trouve quelques râles sibilants. Le ventre est

souple et indolore. Il n'y a pas de diarrhée. La langue est blanche uniformément. La rate paraît un peu dure.

Nous croyons nous trouver en présence d'une fièvre intermittente ordinaire.

Nous ordonnons 40 grammes de sulfate de soude pour le lendemain matin et 1 gramme de sulfate de quinine à prendre chaque jour, en plusieurs fois.

Le 27 au matin, nous recevons un message qui nous apprend que notre malade ne va pas mieux. Depuis qu'il s'est purgé, la diarrhée a toujours continué. La fièvre n'avait pas cédé complètement, et le 25 il avait eu un frisson violent, suivi de fièvre intense, qui avait beaucoup fatigué le malade ce jour-là.

Le malade que nous voyons dans la soirée du même jour nous paraît beaucoup plus abattu que la première fois

Nous trouvons la température égale à 39°8 et le pouls bat 120 fois. La langue toujours blanche, large, étalée, paraît cependant un peu plus rouge sur les bords. Le ventre n'est pas douloureux, mais la palpation de la fosse iliaque droite nous fait percevoir du gargouillement, et gêne un peu le malade : à l'auscultation de la poitrine, des râles de bronchite aux deux bases. La diarrhée est abondante et fétide. Les urines ne sont pas albumineuses.

Pour le lendemain matin un verre d'eau de sedlitz et des cachets contenant : sulfate de quinine, naphtol B, et sous-nitrate de bismuth ; de chaque 0,10 centigrammes, dont le malade prendra trois par jour.

Diète légère, bouillon, lait, café.

Le 20 au soir, nous revoyons notre malade, chez lequel on a observé la veille quelques frissons vers une heure de l'après-midi et des sueurs dans la nuit. La température est à 39°7, le pouls à 120, l'état est à peu près stationnaire. Les râles, que l'on entend à l'auscultation, paraissent seuls plus nombreux.

Le 30 janvier au soir, le sieur G... nous paraît beaucoup plus fatigué. Température 39°8, pouls 130. Le ventre est douloureux à la pression.

On aperçoit des taches rosées lenticulaires nombreuses. La diarrhée est moins abondante, mais toujours fétide.

A l'auscultation de la poitrine, nous entendons du côté droit en arrière, des râles sous-crépitants fins et un souffle limité, qui nous indique un foyer de broncho-pneumonie.

Vésicatoire 8e/8 à cet endroit, même traitement.

Le 5, à dix heures du matin, le sieur G... donne des inquiétudes à son entourage. Des frissons l'ont pris vers huit heures, il a du délire et veut se promener.

Température, 40° et pouls 130. L'inflammation du poumon paraît occuper un plus grand espace. La respiration est fréquente. La miction est difficile et pénible. Les urines rares et très foncées ne contiennent pas d'albumine.

Nouveau vésicatoire. Lotions froides sur tout le corps et 0,80 centigrammes de sulfate de quinine pour les deux jours suivants.

Le 7 au matin, température 39°, pouls 110. L'état inflammatoire du poumon paraît s'améliorer. Le malade est plus calme. La diarrhée est moins abondante et surtout moins fétide. La langue est lisse et rouge et dans l'arrière-gorge quelques points de muguet.

Le malade absorbe deux litres de lait chaque jour. Les urines sont plus abondantes.

Gargarisme au borate de soude. Potion de Todd. Même régime. Cessation du sulfate de quinine.

Le 10 au soir, température 39°, pouls 110.

Etat général meilleur.

Le 16, le malade se lève une heure par jour et prend quelques aliments solides. Apyrexie complète.

Le 30 janvier nous sommes appelé de nouveau près de lui. Depuis deux jours il a des accès de fièvre, qui débutent le matin par des frissons, et durent jusque dans la nuit. Il a perdu de nouveau l'appétit, et ses forces ont encore diminué.

Le malade consent à prendre 0,50 centigrammes de sulfate de qui-

nine chaque jour, et 60 grammes de vin de quinquina. Quinze jours après la guérison était complète, et les accès ne reparurent plus.

Observation III (personnelle).

Gu..., cultivateur, âgé de cinquante-deux ans, est un homme de haute stature et très vigoureux. Il n'a jamais eu de maladie grave antérieurement.

Le début de la maladie remonte au 11 septembre 1892. Il a eu plusieurs accès de fièvre survenant vers le milieu du jour et se continuant jusqu'à une heure avancée de la nuit. Cette maladie est survenue à la suite d'un voyage très fatigant effectué quelques jours auparavant à travers les marais. Gu... était parti vers minuit, le 8 septembre, et avait marché jusqu'à onze heures du matin, sans se reposer pour ainsi dire. Il était resté debout toute la journée; et après avoir dormi quelques heures seulement, avait repris la nuit suivante le chemin de sa demeure. Il avait en outre été très gêné par la chaleur du soleil, et avait bu beaucoup d'eau à plusieurs reprises.

Le 17 septembre au matin, la température est à 39°7 et le pouls à 124. Le malade est très abattu, et présente une coloration terreuse du visage. Les vomissements sont fréquents surtout le matin, quand surviennent les frissons. Il a deux épistaxis légères.

La langue est blanche, large, étalée.

Le ventre est douloureux à la pression, surtout du côté droit, où l'on perçoit du gargouillement.

A l'auscultation de la poitrine on trouve de nombreux râles sibilants. Les bruits du cœur sont affaiblis.

Les selles sont abondantes et répandent une odeur infecte. En somme, état général très mauvais. Adynamie très prononcée.

Nous ordonnons 1 gramme de sulfate de quinine pour le soir même.

Potion de Todd : un verre d'eau de sedlitz pour le lendemain matin, et 1 gramme de sulfate de quinine pour le soir.

Le 19 septembre, à sept heures du matin, le malade présente un facies grippé et un état adynamique encore plus prononcé qu'à notre première visite. Il ne peut se mettre seul sur son séant.

La langue est rosée sur les bords et rôtie au milieu.

La gorge est rouge, sèche et lisse.

Le pouls est à 130 pulsations et la température s'élève à 39°8.

L'auscultation, pratiquée rapidement à cause de l'état du malade, donne des résultats analogues au jour précédent.

Le ventre est plus douloureux et très ballonné. On n'aperçoit pas de taches rosées lenticulaires.

Les selles sont toujours très liquides. Les urines diminuées et très rouges contiennent un peu d'albumine.

Le malade n'a absorbé que 1 gramme de sulfate de quinine. Il a vomi la seconde dose, ainsi que son purgatif.

Il a eu un frisson violent, la veille, dans la soirée.

Nouvelles doses de quinine en solution.

Mort le lendemain matin.

Observation IV (personnelle)

Une petite fille de onze ans, bien portante antérieurement, habitant sur les bords des marais, est prise, le 27 mai 1893, d'un accès de fièvre violent, débutant le matin à huit heures, et durant jusqu'à cinq heures du soir.

Le 28 apyrexie complète, elle se promène toute la journée dans les champs, mais elle remarque qu'elle n'a pas d'appétit.

Le 29, nouvel accès de fièvre durant jusque dans la nuit.

Le 30, la journée est meilleure, mais la fièvre persiste.

Le 31, malaise général : céphalalgie, soif ardente, chaleur vive, sans frissons, faiblesse générale.

La fièvre persiste sans rémission notable.

Le 2 juin, fièvre très vive ; la température s'élève à 40° le matin et le soir ne marque plus que 39°3. Etat typhoïde bien marqué : prostration, diarrhée légère, douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, râles de bronchite intense aux deux côtés de la poitrine, elle a eu plusieurs fois de légers saignements de nez.

Elle prend 0,60 centigrammes de sulfate de quinine chaque jour, depuis le 31 mai.

Malgré cela, la fièvre persiste les jours suivants, et le diagnostic se confirme de plus en plus. Le 10 juin on observe de la céphalalgie, de la prostration, de l'anorexie, une diarrhée abondante et une douleur violente dans la fosse iliaque droite.

On continue le sulfate de quinine à la dose de 0,30 centigrammes chaque jour, avec addition de naphtol B et de sous-nitrate de bismuth. On ajoute un lavement tiède chaque jour et des lotions d'eau alcoolisée tous les soirs.

A partir du 12, la fièvre est moins vive, et bientôt apparaissent les grandes oscillations descendantes annonçant la fin de la maladie.

Le 20 juin, l'apyrexie est complète et la malade commence à manger.

Le 2 juillet, la malade a eu tous les soirs, depuis trois jours, un frisson de fièvre, et ce jour-là, en effet, la température s'élevait à 39°.

On recommence le sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes chaque jour, et au bout de huit jours environ, la fièvre cesse complètement pour ne plus reparaître. La malade continue néanmoins le traitement, en prenant tous les jours 60 grammes de vin de quinquina.

OBSERVATION V

(Extraite du tome XXI du *journal de médecine de l'Ouest*, année 1887, par M. le docteur Bonamy).

Forme pernicieuse cérébrale compliquée de fièvre typhoïde. Récidives d'impaludismes.

Mme X..., habitant les Couëts, fut prise, l'an dernier, d'une fièvre qui présenta de suite une grande gravité. MM. les professeurs Trastour, Guillemet et moi, nous constations, en effet, des accès de fièvre intense accompagnés de troubles cérébraux très inquiétants : alternatives de délire et de coma, tremblement de la tête, battant comme une cloche quand on faisait asseoir la malade ; frissons et accès bien nets. Nous avions porté à bon droit le diagnostic d'accidents d'origine palustre.

Au neuvième jour apparurent des taches rosées d'une confluence extrême, puis de la diarrhée. Une fièvre typhoïde greffée sur l'élément palustre devenait, dès lors, évidente.

La convalescence fut très longue ; néanmoins, dans le courant de l'année, la santé redevint très bonne.

En septembre 1887, Mme X... se trouvant au Pouliguen, fut reprise d'accès de fièvre violents, avec angine herpétique qui cédèrent à l'administration de la quinine.

De cela il n'était plus question quand, de retour aux Couëts, le 20 octobre 1887, un an presque jour pour jour après sa grave maladie, elle présenta les symptômes suivants : très bien portante le matin, et s'amusant avec ses enfants dans le jardin, elle est prise soudain d'une douleur atroce partant de la partie inférieure de l'abdomen et la région

splénique ; cette douleur, qui s'accompagne de vomissements, est tellement vive que la malade s'affaisse sur le sol, sans connaissance et sans mouvement.

Cet état comateux, véritablement apoplectique, puisqu'il n'y avait point de fièvre quand il se manifesta, dura, paraît-il, plus d'une demi-heure.

Lorsque, deux heures plus tard, j'arrivais près de la malade, avec mon confrère, le docteur Ertaud, des Couëts, tels étaient les symptômes : connaissance revenue, mais certaine stupeur avec lenteur dans les réponses, et un peu d'embarras de la parole, tenant à un tremblement des lèvres, douleur sous-occipitale ; la tête ne peut être redressée par suite de la sensibilité vive des muscles sterno-mastoïdiens. Douleurs au niveau de la rate et exaspérée par la pression, douleur également par tout l'abdomen. Peau chaude, pouls fébrile.

En présence de la soudaineté de ces phénomènes, nous songeâmes immédiatement à un accès pernicieux ; la quinine fut de suite administrée.

Les jours suivants, l'état fébrile reparaissait, mais de plus en plus atténué ; la langue en partie blanche et saburrale se dépouillait en demi-lune ; les douleurs splénique, abdominale et cervicale persistaient, mais moins aiguës.

Nous prescrivîmes des frictions d'onguent mercuriel belladoné, et fîmes continuer la quinine ; cette dernière était supprimée depuis trois jours, quand la fièvre reparaissant, il nous fallut y revenir.

Mme X... rentrait à Nantes dans les premiers jours de novembre ; ici, elle eut encore quelques récidives de fièvre, dont le sulfate de quinine se rendit maître ; mais le 17 novembre, cette médication n'ayant pas été suivie d'une façon absolument régulière, la malade fut prise tout à coup d'une dyspnée intense, de toux sèche et saccadée (toux splénique) ; rien d'ailleurs d'anormal à l'auscultation, la rate sensible à la pression, était manifestement augmentée de volume ; engorgement glandulaire au cou, de la grosseur d'une noix : pouls à 90°.

Le 23 novembre, je voyais Mme X... en consultation avec le professeur Trastour, qui constata avec moi l'augmentation et la douleur de la rate, la dyspnée et la toux, mais sensiblement moins intenses : atténuation des symptômes que nous attribuâmes à l'antipyrine qu'elle prenait depuis deux jours; d'ailleurs, amaigrissement, teint légèrement cachectique; pâleur des conjonctives, état général assez mauvais.

Prescription. — Revenir à la quinine et à l'antipyrine de temps à autre: quinquina jaune en poudre, 8 grammes, eau de la Bourboule, deux verres.

Le 23 novembre, je revois la malade avec le docteur Trastour : nous constatons absence de la fièvre, de symptômes douloureux, plus de toux, plus d'oppression. la malade se trouve aussi bien que possible. Guérison.

Cette observation nous présente un exemple de ces associations morbides de la fièvre typhoïde et des fièvres palustres qui ont été relatées par plusieurs auteurs et auxquelles les médecins du Midi ont donné le nom de fièvres des campagnes.

A mon sens, ces pyrexies fournissent un argument contre l'opinion qui tend à attribuer presque exclusivement à l'origine aquatique la genèse de la fièvre typhoïde : on sait, en effet, que ces combinaisons d'impaludisme et de typhus se reproduisent périodiquement à l'époque où dominent les affections telluriques; dès lors, n'est-il pas très rationnel de penser que l'air, véhicule du microbe palustre (ce qui est admis) devient, du même coup, sous l'influence de ces nouvelles conditions telluriques et climatériques, le véhicule du bacille typhique, stérile jusque-là : on s'explique bien, du reste, l'extrême gravité de ces cas; car le foie et la rate, ces pierres de touche de l'impaludisme, étant atteints, l'élimination des poisons morbides se trouve notablement entravée, alors surtout que ces organes fabriquent eux-mêmes des produits toxiques.

OBSERVATION VI

Extraite du *Journal de Médecine de l'Ouest* tome I, année 1890

Fièvre typho-palustre. — Mort par la perforation de la vésicule biliaire.

Par M. le docteur BONAMY et M. JEUSLIN, interne.

Le 27 avril 1890, entrait à l'hôpital, le nommé Le Gohard, il était très abattu, et pouvait à peine se tenir debout ; il accusait de violentes douleurs dans la tête, et une lassitude générale. Depuis plusieurs jours, il avait perdu l'appétit ; la céphalalgie était devenue chaque jour plus intense, puis les bourdonnements d'oreilles, l'insomnie, la courbature et la diarrhée. Deux ou trois jours avant son entrée à l'hôpital, le malade avait eu d'assez abondantes épistaxis.

La langue est sèche, fendillée, noirâtre ; les dents sont fuligineuses, le ventre est légèrement ballonné ; sur la poitrine et l'abdomen apparaissent quelques taches rosées lenticulaires ; les sudamina sont très abondants, on les sent en promenant doucement la pulpe des doigts sur la surface cutanée ; la palpation fait percevoir du gargouillement dans la fosse iliaque droite ; la pression sur le foie et sur la rate est douloureuse ; la percussion et l'auscultation des poumons ne font rien découvrir d'anormal dans ces organes.

Les urines contiennent de l'albumine.

Ce qui frappe surtout dans ce malade, c'est l'état de torpeur dans lequel il se trouve, il est anéanti, repond à peine, comme avec fatigue, il semble indifférent aux choses extérieures.

Le thermomètre, placé dans l'aisselle (toutes les températures notées dans cette observation sont des températures axillaires) accuse 39°6.

En présence de ces signes, le diagnostic de fièvre typhoïde à tendance adynamique est posé.

Prescriptions. — Deux verres de sedlitz, un gramme de sulfate de quinine, 200 grammes de vin de Bordeaux et potion stimulante contenant du cognac, de la teinture de cannelle, et de l'extrait mou de quinquina, limonade citrique ; trois litres de bouillon.

Le soir, le malade n'a plus que 38°4 de température.

Doit-on attribuer cet abaissement vespéral de la température, extraordinaire dans la fièvre typhoïde, à l'action de la quinine prise à haute dose ou bien à l'impaludisme dont la douleur hépatique et splénique serait une manifestation ?

Le 28, le malade est dans le même état, la stupeur cependant paraît un peu moindre.

La température, le matin, atteint 39°8.

Les mêmes prescriptions, moins l'eau de sedlitz, sont continuées, en plus, un lavement de camomille avec 15 grammes de liqueur de la barraque.

Le soir, le thermomètre monte à 40°6.

Le 29, température matin, 39°6 ; température soir, 39°7

Le 30, température matin, 40° ; température soir, 39°7, encore un abaissement vespéral de 3/10 de degré au lieu d'une élévation.

Le 1er mai, la respiration est gênée, le malade tousse.

L'examen des poumons donne les renseignements suivants : à la percussion, un peu de submatité, à la base, à droite ; à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants beaucoup plus nombreux à droite qu'à gauche, pas de souffle, un peu de retentissement de la voix et de la toux. La palpation accuse un peu d'exagération des vibrations vocales. L'expectoration peu abondante est insignifiante.

Les taches lenticulaires apparaissent plus nombreuses, l'état général ne semble pas aggravé.

On ordonne l'application de vingt ventouses sur le dos.

Température matin, 38°8 ; température le soir, 39°8.

Le 2, le malade tousse davantage, la submatité s'est étendue; à droite on entend toujours des râles sous-crépitants, et en plus du souffle, le retentissement de la voix et l'exagération des vibrations ont augmenté; les crachats ne présentent aucun caractère particulier; l'état général est le même.

Un vésicatoire est prescrit.

Température matin, 38°3; température soir 40°4 (soit 2°1 d'ascension. Le 3, sous l'influence du vésicatoire, les signes stéthoscopiques ont diminué d'intensité. Les râles s'entendent encore, mais sont moins nombreux; le souffle a presque complètement disparu.

La diarrhée continuant toujours, on prescrit 1 gr. 50 de salicylate de bismuth en trois paquets.

Les urines contiennent toujours de l'albumine; l'indican colore en noir le fond du verre d'expérience.

Température matin, 39°6; température soir, 38°4; encore une chute vespérale de 1°2.

Le 4, le malade respire mieux, les râles s'entendent toujours, plus de souffle. L'état général n'est pas meilleur. Le pouls est mou, dépressible, dicrote. Les bruits du cœur sont normaux.

La potion stimulante est remplacée par la potion suivante : feuilles de digitale, 50 cent.; eau, 100 gr.; sp. de sucre, 40 gr. Mêmes prescriptions ailleurs.

Température matin, 38°; température soir, 38°8.

Cette chute inusitée de la température (39°6, 38°4, 38°), pouvait être l'indice d'une hémorrhagie intestinale; mais les garde-robes examinées n'ont présenté aucune trace de sang ni de melœna.

Le 5, le malade se plaint d'une vive douleur dans le côté droit. La percussion du foie est extrêmement douloureuse. C'est à peine si, retenu par un infirmier, le malade peut rester assis pendant qu'on l'ausculte. La respiration lui manque, et la douleur dans le côté devient intolérable. L'adynamie a augmenté.

Température matin, 37°7.

La potion de digitale est supprimée, on prescrit une potion alcoolique et du calomel à dose fractionnée : calomel, 20 cent.; sucre pulvérisé, 1 gr., en dix paquets, un paquet à prendre toutes les heures.

Le soir, à quatre heures, la température est tombée à 37°. Le malade râle; le ventre, très douloureux, est excessivement ballonné; le pouls est petit, filiforme; le visage s'est immédiatement amaigri, le nez effilé.

A huit heures, mort.

Si l'on jette les yeux sur la courbe de température, on voit qu'elle ne ressemble en rien à une courbe de fièvre typhoïde normale. Tandis que dans les cas types les oscillations sont régulières à maximum le soir et à minimum le matin, ici les oscillations sont absolument irrégulières, et le maximum est souvent le matin et le minimum le soir. De plus, il semble y avoir une rémission comme dans la fièvre tierce, et c'est justement ces jours-là, sauf une fois, que la température est plus élevée le matin que le soir. Il est à remarquer aussi que les trois plus hautes températures correspondent aux jours intercalaires. Cette singularité doit sans doute être attribuée à l'impaludisme dont les manifestations sont venues troubler la marche le plus souvent régulière de la dothiénenterie.

La mort semble avoir été produite par une péritonite suraiguë déterminée par une perforation. En effet, les derniers symptômes observés : ballonnement du ventre, petitesse du pouls, refroidissement et facies abdominal, sont ceux de la péritonite suraiguë. Mais dans quel organe s'est-elle produite? Dans l'intestin, apparemment, ainsi que cela se voit dans la plupart des cas de perforation. La douleur a été très vive dans le côté droit; mais ne peut-on pas admettre que l'anse intestinale perforée se trouvait située au voisinage du foie? L'autopsie devait cependant réduire à néant cette hypothèse rationnelle.

AUTOPSIE

Examen du cadavre. — Le ventre est ballonné, verdâtre; aux commissures des lèvres se montre une espèce d'écume noirâtre.

Examen des viscères — Organes thoraciques. — Les poumons ne présentent pas seulement de la congestion hypostatique, mais de l'hépatisation. Le poumon droit est plus atteint que le poumon gauche. Le parenchyme est rouge, il a perdu son élasticité, ne crépite plus, et garde l'empreinte des doigts; à la coupe, il apparaît granuleux; en pressant un peu, on faisait poindre des gouttelettes de pus; un morceau de tissu pulmonaire plongé dans l'eau ne surnage pas; il n'y a pas trace de pleurésie.

Le cœur est mou, décoloré, feuille morte. Il est graisseux et plus gros qu'à l'état normal. Les valvules aortiques et auriculo-ventriculaires sont intactes.

Organes abdominaux. — A l'ouverture de la cavité abdominale, les intestins, distendus et rouges, sont agglutinés par un exsudat jaunâtre, la couleur est exactement celle de la bile contenue dans la vésicule biliaire des cadavres. Cet exsudat est épais, crêmeux. Il s'est déposé dans les interstices qui séparent les anses intestinale. La face interne de la paroi abdominale, recouverte par le péritoine pariétal, présente une coloration jaune très accusée, comparable à celle de la conjonctive dans l'ictère.

Les intestins, examinés soigneusement, ne présentent aucune perforation. On les fixe au robinet, la pression de

l'eau ne fait jaillir aucun liquide à travers leurs parois. Une fois ouverts, ils laissent voir les lésions types de la fièvre typhoïde : congestion et saillie des plaques de Peyer, ulcération de quelques-unes d'entre elles, ulcérations arrondies ou allongées dans le sens de l'intestin, taillées comme à l'emporte-pièce, à fond grisâtre. Ces ulcérations profondes sont peu nombreuses ; on en compte une dizaine à peine.

Le foie est, de tous les viscères, celui qui présente les lésions les plus intéressantes. Il est petit, extrêmement graisseux, jaune d'ocre. Son parenchyme semble formé de points jaunes piqués dans une matière plus foncée et lui donnant l'apparence d'une espèce de granit.

Il est mou, friable, se laisse déchirer facilement par le doigt. En un mot, ce foie ressemble à celui de l'hépatite aiguë parenchymateuse ou ictère grave.

Une chose nous avait frappé, en examinant la face postérieure du foie, c'était la vacuité de la vésicule biliaire. Ce fait, rapproché de la coloration jaune biliaire de l'exsudat péritonéen, nous a amené à rechercher s'il y avait une perforation de la vésicule.

En regardant de près la face postérieure de cette vésicule, nous avons reconnu la présence d'une dizaine de petites ulcérations rappelant, par leur aspect, les ulcérations intestinales; on les aperçoit par transparence. Elles semblent taillées à l'emporte-pièce ; une de ces ulcérations, plus large, paraît perforée. Nous ouvrons avec les ciseaux l'extrémité supérieure de la vésicule, et au moyen d'un entonnoir, nous y faisons couler de l'eau à une faible pression. L'eau s'écoule au dehors à travers la perforation que nous avions cru observer. Il n'y a donc plus de doute, il y a bien une perforation. En ouvrant plus largement la vésicule et en l'étalant, on voit la face interne muqueuse, plissée, jaunâtre, les ulcé-

rations apparaissent mieux encore, elles se sont à coup sûr produites aux dépens de cette face; car en promenant légèrement le doigt sur la muqueuse biliaire, on sent très nettement les dépressions correspondant aux ulcérations.

La rate est hypertrophiée, molle et friable.

Les reins sont congestionnés, la coloration des deux substances corticale et médullaire est plus nettement tranchée qu'à l'état normal.

Le cerveau est congestionné, plus mou que d'ordinaire. Les ganglions centraux et les capsules interne et externe ne présentent aucune lésion.

Le malade observé a donc succombé à une péritonite suraiguë causée par la perforation de la vésicule biliaire.

Mais à quoi attribuer les ulcérations observées? Est-ce à une altération de la bile rendue corrosive et agissant directement sur la muqueuse, ou bien à un trouble dans la circulation des parois de la vésicule. La forme arrondie, nettement limitée des ulcérations, rend cette dernière hypothèse plus rationnelle.

Ce fait nous a paru digne de remarque, en raison de la rareté des ulcérations avec perforation de la vésicule biliaire, dans le cours de la fièvre typhoïde. Morchisson, Rillet et Bartlez, Archembaut en citent chacun une observation.

Il est en second lieu instructif, en ce qu'il offre à notre avis, un exemple bien net de ces associations morbides des fièvres typhoïde et paludéenne, association qui pour Kelsch et Kiener, seraient « des types de maladies proportionnées, c'est-à-dire, résultant de l'enchevêtrement de deux maladies constitutives qui se pénètrent réciproquement et exercent l'une sur l'autre une action plus ou moins profonde, qui se traduit par des symptômes cliniques complexes. »

Ces fièvres typho-paludéennes, fréquentes en Algérie,

observées par Colin dans la campagne romaine, ne doivent pas être rares non plus dans notre région, où le même sujet peut si bien être touché à la fois par les deux agents miasmatiques.

La nature mixte de ce nouveau cas nous semble démontrée : 1° par les caractères de la fièvre sub-continue avec température à chute vespérale tierce ; 2° par les lésions intestinales exiguës mais profondes, double caractère anatomique assigné par Kelsch et Kiener à l'affection typho-palustre ; 3° par les altérations prépondérantes de la rate, et surtout du foie.

CONCLUSIONS

1° Le processus morbide complexe que l'on appelle fièvre typho-palustre, existe dans les marais de la Vendée et sur les bords de la Loire;

2° Cette maladie prend ordinairement dans cette région la forme associée ;

3° Les sels de quinine n'arrêtent pas la marche de la maladie, mais ils en modèrent presque toujours l'intensité, et en abrègent souvent la durée.

Bordeaux, le 19 décembre 1894.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
D· ARNOZAN.

Vu : *pour le Doyen,*
l'Assesseur,
F. JOLYET

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 décembre 1894,
Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délegué, Ch. LARONZE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LAVERAN. — Du paludisme.

COLIN. — Des fièvres intermittentes.

KELSCH et KIENER. — Maladies des pays chauds.

HALLOPEAU. — Pathologie générale.

DAGA. — Rec. mem. de médecine militaire, 1882.

Journal de Médecine de l'Ouest, tome XXI, année 1887.

Journal de Médecine de l'Ouest, tome I, année 1890.

Semaine Médicale, du 27 octobre 1894.

JACQUOT. — Rec. de mem. de médecine militaire, 1854.

WOOD WARD. — International Exhibition. Philadelphia, 1876.

Bordeaux. — Imp. du Midi, Paul Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.